

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1925

THÈSE

N°
136

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

YONEL-ARION

Né le 21 Juin 1900 à Bucarest (Roumanie)

Le Traitement des Verrues

Par la Cryothérapie

Président : M. JEANSELME, Professeur

Abeille Cauchoise, 122, rue du Calvaire

YVETOT

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1925

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

YONEL-ARION

Né le 21 Juin 1900 à Bucarest (Roumanie)

Le Traitement des Verrues

Par la Cryothérapie

Président: M. JBANSELME Professeur

Abeille Cauchoise, 122. rue du Calvaire

YVETOT



I. — LES PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.....	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale.....	CUNÉO
Physiologie.....	Ch. RICHET
Physique médicale.....	André BROCA
Chimie organique et chimie générale.....	DESGREZ
Bactériologie.....	BEZANÇON
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT
Pathologie et thérapeutique générales.....	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale.....	SICARD
Pathologie chirurgicale.....	LECENÉ
Anatomie pathologique.....	LETULLE
Histologie.....	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.....	RICHAUD
Thérapeutique.....	CARNOT
Hygiène.....	Léon RERNARD
Médecine légale.....	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MÉNÉTRIÉR
Pathologie expérimentale et comparée.....	ROGER
	GILBERT
Clinique médicale.....	CHAUFFARD
	ACARD
	WIDAL
Hygiène et clinique de la première enfance.....	MARFAN
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	H. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN
Clinique des maladies infectieuses.....	TEISSIER
	DELBET
Clinique chirurgicale.....	HARTMANN
	LEJARS
	GOSSET
Clinique ophtalmologique.....	
Clinique urologique.....	LEGUEU
	COUVELAIRE
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU
	JEANNIN
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	
Clinique thérapeutique médicale.....	VAQUEZ
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	DUVAL
Clinique propédeutique.....	SERGENT

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI Pathologie médicale.
 ALGLAVE..... Pathologie chirurgicale.
 AUBERTIN..... Pathologie médicale.
 BASSET..... Pathologie chirurgicale.
 BAUDOUIN..... Pathologie médicale.
 BINET Physiologie.
 BLANCHETIÈRE Chimie biologique.
 BRANCA..... Histologie,
 BRULÈ..... Pathologie médicale.
 BUSQUET..... Pharmacologie et matière
 médicale.
 CADENAT,..... Pathologie chirurgicale.
 CHAMPY..... Histologie.
 CHIRAY..... Pathologie médicale.
 CLERC..... Pathologie médicale.
 DEBRÈ..... Hygiène.
 l. de JONG..... Anatomie pathologique.
 DUVOIR Médecine légale.
 ÉCALLE..... Obstétrique.
 FIESSINGER.... Pathologie médicale.
 FOIX..... Pathologie médicale.
 GARNIER..... Pathologie expérimentale.
 HARVIER Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER.. Urologie.
 HOVELACQUE.. Anatomie.
 JOYEUX..... Parasitologie

MM.

LABBÉ (Henri)... Chimie biologique.
 LARDENOIS.... Pathologie chirurgicale.
 LE LOBIER..... Obstétrique.
 LEMAITRE..... Oto-rhino-laryngologie.
 LEMIERRE..... Pathologie médicale.
 LÉVY-SOLAL.... Obstétrique.
 LHERMITTE.... Pathologie mentale.
 LIAN..... Pathologie médicale.
 MATHIEU..... Pathologie chirurgicale.
 METZGER..... Obstétrique.
 MOCQUOT..... Pathologie chirurgicale.
 MONDOR..... Pathologie chirurgicale.
 MOURE Pathologie chirurgicale.
 MULON..... Histologie.
 PHILIBERT.... Bactériologie.
 RIBIERRE..... Pathologie médicale.
 RICHET Fils.... Physiologie.
 ROUVIÈRE Anatomie.
 Physique médicale.
 TANON..... Pathologie médicale.
 TIFFENEAU.... Pharmacologie et matière
 médicale.
 VAUDESCAL.... Obstétrique.
 VERNE..... Histologie.
 VILLARET..... Pathologie médicale.
 WELTER..... Ophtalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

CAMUS..... Physiologie.
 GOUGEROT.... Pathologie médicale.
 GUÉNIOT..... Obstétrique.

MM.

RETTERRER.... Histologie.
 ROUSSY..... Anatomie pathologique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
AUVRAY	Clinique chirurgicale.	OMBRÉDANNE..	Clinique chirurgicale infantile.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.	PROUST.....	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE...	Clinique médicale.	RATHERY.,.....	Clinique médicale.
LEREBOULLET..	Clinique médicale infantile.	SCHWARTZ.....	Clinique chirurgicale.
LÉRI.....	Clinique médicale.	TERRIEN.....	Clinique ophtalmologique
LOEPER	Clinique médicale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
N		Education physique.
LEDoux-LEBARD,		Radiologie clinique

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR JEANSELME

Médecin de l'Hôpital St-Louis

A mes maîtres dans les Hôpitaux ;

A mes maîtres à la Faculté de Médecine de Paris ;

A mon maître le Docteur LORTAT JACOB.

MEIS ET AMICIS

A LA MÉMOIRE DE MES PARENTS

CE QU'ON SAIT

Sur les Verrues

1) *DEFINITION*

On désigne sous le nom de verrues, des hypertrophies du corps papillaire, inoculables, autoinoculables, et contagieuses.

On peut les observer à tout âge, mais plus fréquemment chez des sujets jeunes, à peau fine et délicate. Leur siège le plus fréquent est la face dorsale des doigts et des mains, la face, et les pieds, où elles peuvent se confondre avec les cors vulgaires ou un mal perforant plantaire.

NATURE DES VERRUES

Si l'agent pathogène nous reste encore inconnu, il semble bien démontré qu'il s'agit d'un virus filtrant.

Ciuffo et Serra ont broyé des verrues dans du sérum physiologique, et le filtrat sur la bougie Berkefeld W, inoculé dans le derme aboutit à une hyperkératose localisée, d'apparence et de structure identique à celle des verrues vulgaires.

La contagiosité et l'autoinoculabilité des verrues a été encore mise hors de doute, par les expé-

riences de Varish et confirmées par celles de Jadassohn, qui montrèrent que la période d'incubation exige de trois semaines à trois mois.

Enfin, c'est un fait banal de voir, par le fait de grattage ou de simple frottement autour d'une verrue, se développer toute une série de verrues, soit en placard, soit par série linéaire du point d'inoculation.

A la surface des verrues séniles, Sprecher a trouvé le bacille bouteille de Malassez, le bacille dit séborrhéique, des bacilles divers, des grains ronds un peu plus gros que les staphylocoques.

Néanmoins ces microbes semblent peu spécifiques, et la seule hypothèse de virus filtrant semble plausible en raison justement des expériences précitées.

CLASSIFICATION

Il est classique de distinguer :

- 1) Des verrues planes, juvéniles.
- 2) Des verrues vraies ou vulgaires.
- 3) Des verrues séborrhéïques ou séniles.

LESIONS HISTOLOGIQUES

Une coupe intéressant une verrue et la peau sous-jacente, met en évidence, une hypertrophie exagérée des papilles vasculaires qui sont extrêmement allongées, comme étirées. Elles sont englobées dans une masse énorme de tissu épithélial qui forme la grande masse de la verrue. Ce tissu est en état d'hyperacanthose. La couche génératrice est peu modifiée, elle peut être composée de plusieurs rangées de cellules irrégulièrement disposées. La couche épineuse est considéra-

blement augmentée de volume, assez souvent ses cellules ont une vacuole claire, qui les distend et refoule le noyau. Les couches granuleuses et graisseuses ont un aspect normal mais sont hypertrophiées.

Les papilles allongées renferment des capillaires sanguins et un peu de tissu conjonctif lâche sans fibres élastiques, contenant beaucoup de cellules fixes, étoilées et ramifiées.

Au point de vue microscopique il n'existe qu'une différence de degré entre les verrues planes juvéniles et les verrues vulgaires.

Quant à la verrue séborrhéïque, elle présente quelques caractères spéciaux qui méritent une description.

La verrue, sénile ou séborrhéïque, est essentiellement constituée par des prolongements épidermiques irréguliers et contournés. Ceux-ci s'enfoncent dans le derme, s'anastomosant en un réseau de travées épithéliales minces, dont les mailles sont occupées par des îlots conjonctifs, correspondant à des papilles contournées et rencontrées obliquement par la coupe. Ces travées sont formées par la couche filamenteuse de l'épiderme, mais on y trouve souvent, et à toutes les hauteurs de petits globes cornés isolés ou en communication avec la surface.

Pollitzer, après une importante description clinique, au cours de laquelle il a démontré que la croûte recouvrant les verrues séniles est due surtout à la malpropreté, a fait une étude très complète sur des coupes intéressant ces verrues et il range cette lésion en raison de la présence et de l'arrangement des cellules épithélioïdes dans le groupe des Lymphangio-fibrômes. Il note également une infiltration graisseuse qui s'explique mal et que d'autres auteurs ont niée.

LÉSIONS MACROSCOPIQUES

La verrue vraie vulgaire débute par une petite papule arrondie, d'ordinaire un peu grisâtre, qui se développe progressivement, et prend des aspects et dimensions variables suivant le siège et les sujets. Ordinairement elle forme, à l'état adulte, des petites croissances, à base nettement arrêtée, arrondies, ovalaires, ou polycliques par confluence, pédiculées ou sessiles, mais faisant toujours une saillie notable au-dessus des légumes. Leur surface est mamelonnée, leur consistance dure. Elles sont indolentes, sauf à la plante des pieds et au pourtour des ongles.

De la verrue localisée à la plante des pieds Dubreuil a fait une description qui reste classique : « Le plus souvent la lésion présente à première vue l'aspect d'un large durillon anormalement douloureux. Sur une surface de un à trois centimètres de diamètre, on voit la couche cornée de l'épiderme, épaissie, stratifiée, faire une légère saillie ; quelquefois la partie centrale de cette plaque cornée est perforée d'une sorte de puits plus ou moins profond, surtout s'il a été fait des tentatives d'abrasion. Mais si la lésion a été abandonnée longtemps à elle-même la couche cornée superficielle recouvre le tout.

Si l'on abrase la surface avec un bistouri, on trouve à la périphérie de la lésion, une couche cornée dure, demi-transparente, de couleur ambrée, tout à fait comparable à l'épiderme corné normal qui constitue les cors et les durillons. Mais, au lieu de s'enfoncer dans la profondeur sous forme d'un cône corné, ce durillon présente une partie centrale molle et depressible ; il affecte la forme d'un anneau perforé d'un orifice qui va en s'agrandissant au fur et à mesure qu'on abrase plus profondément. Cette partie centrale est occupée par un tissu d'aspect tout différent, c'est encore du tissu corné, mais il est blanchâtre, opaque, comme

latteux, il est mollassé, et résiste au couteau comme de l'étaupe mouillée.

Tandis que l'anneau corné périphérique est homogène ou stratifié, la partie centrale paraît fasciculée et formée de colonnes s'enfonçant verticalement dans la profondeur, aspect qui est d'ailleurs parfaitement justifié par la structure de ce tissu.

A la face palmaire des mains on observe également, des verrues de structure semblable.

Enumération des divers Traitements *préconisés contre les verrues*

Les traitements préconisés contre les verrues sont très nombreux, ce qui montre déjà qu'il n'y a pas un traitement de choix.

On peut les classer en trois sortes :

1) Psychiques. 2) Généraux. 3) Locaux.

LES TRAITEMENTS PSYCHIQUES sont très variés ; tous tiennent de la suggestion et de la persuasion, ce qui a fait croire à beaucoup de médecins, devant les succès de la méthode, qu'il existe un facteur nerveux dans l'étiologie des verrues.

On peut, par exemple, donner aux enfants des pilules de mie de pain, on constate qu'au bout d'un temps plus ou moins variable les verrues disparaissent. On peut encore toucher la verrue à l'eau distillée en assurant au malade un excellent résultat. Enfin on peut pratiquer de la suggestion directe ou de la persuasion, le succès thérapeutique est le même.

LES TRAITEMENTS GÉNÉRAUX ou internes, qui agissent soi-disant, en modifiant le terrain, sont plus nombreux que les précédents, et leur succès également variable, ce qui nous indique une fois de plus qu'il y a des malades, et pas de maladies.

La Magnésie, a eu son petit moment de célébrité, et d'ailleurs elle peut encore réussir dans certains cas. On donne, suivant l'âge des malades, de 20 ctgr. à 1 gr. par jour, dose à prendre en deux fois, avant les deux principaux repas. On a administré aussi le sulfate de magnésie avec autant de succès.

L'Eau de Chaux, dont on fait prendre un verre après chaque repas, additionné d'un peu de lait.

La Teinture de Thuya occidentalis, dont on donne 60 à 80 gouttes par jour. Il est bon de badigeonner les verrues également avec la même teinture.

L'Arsenic, administré « *secundum artem* » soit sous forme de liqueur de Fowler, soit sous forme d'arséniate de soude.

LE TRAITEMENT LOCAL le plus efficace, est, sans aucun doute *de fer rouge* ou le thermocautère. Néanmoins, nous avons eu l'occasion, nous-même, de traiter une malade atteinte de verrues multiples sur la face dorsale des deux mains, par la pointe du thermo. Le traitement (3 mois environ) a donné un résultat nul. Un mois après l'abandon de tous soins, nous avons eu l'occasion de rencontrer la même malade qui avait traité ses verrues, elle-même, avec un mélange de sel gris et de citron ; le résultat était admirable, il ne restait aucune trace des verrues que nous avions essayé de guérir, aucune cicatrice apparente.

Cette observation est pleine d'enseignements, elle montre d'une manière évidente ce qui fait la fortune des agents thérapeutiques. Un moyen puissant peut quelquefois échouer, là où un traitement anodin réussit, et alors on tient ce dernier pour spécifique.

Le Nitrate d'argent mérite peu d'attention. Enfin, l'acide acétique cristallisable, l'acide chronique, l'acide phénique, l'acide chlorydrique et l'acide azotique, ainsi que la pâte de Vienne et les pâtes arsenicales sont des procédés très énergiques qu'il faut manier avec beaucoup de soins. Au bout d'un nombre variable d'applications, ils peuvent amener quelque fois la guérison.

Comme topiques pouvant guérir les verrues sans opération on a vanté : le savon noir en applications prolongées, le naphтол camphré, les emplâtres mercuriels, les emplâtres d'acide salicylique, les collodions à l'acide salicylique, ou au bichlorure d'hydrargire.

Ce sont des moyens qui réussissent assez souvent, mais peuvent enflammer le derme, l'ulcérer et laisser une cicatrice disgracieuse.

Enfin la pommade de chrysarobine est d'un emploi classique :

Beaucoup d'auteurs ont affirmé l'action réelle de *l'électrolyse négative* sur les verrues, parfois aussi l'effluve locale de haute fréquence peut les faire disparaître avec rapidité.

La radiothérapie donne d'excellents résultats.

Critique des Moyens Thérapeutiques cités et avantage de la NEIGE CARBONIQUE

Tous les moyens précités sont incertains, beaucoup agissent, il faut le croire, plus par suggestion que par action directe sur les tissus.

La radiothérapie est un agent thérapeutique violent, une arme à deux tranchants, dont il est imprudent de se servir pour guérir une affection bénigne qui a tendance à la guérison spontanée.

Enfin quelquefois un traitement insuffisant peut favoriser, surtout à la face, la dégénérescence maligne.

La neige carbonique dont l'emploi était complexe a été rendu maniable, grâce à l'invention des divers cryocautères, en particulier celui inventé par notre maître le docteur Lortat Jacob.

Ainsi que nous le montrons dans les observations qui suivent :

1) La guérison est la règle, nous ne connaissons pas d'échec.

2) Le traitement est bien supporté par tous les malades.

3) Il n'y a aucune cicatrice.

DONC, EN CONCLUSION la cryothérapie est le traitement par excellence des verrues, bien supérieur à tous les autres agents thérapeutiques déjà archaïques, qui doivent faire place à cette méthode nouvelle et élégante à la fois.

Nous osons dire, d'autre part, que ce traitement est le seul scientifique, tandis que les autres sont populaires pour la plupart ou empiriques ; et ceci constitue la partie originale de notre thèse.

Vu le Doyen,
H. ROGER

Vu le Président,
M. JEANSELME

Vu et permis d'imprimer
P. APPELL

EXPLICATION BIOLOGIQUE

du Traitement par la CRYOTHÉRAPIE

Nous avons plaidé, dès le commencement de notre thèse en faveur d'un virus filtrant.

Etant donnés les phénomènes inflammatoires qui se produisent après l'application du cryocautère, nous sommes en droit de supposer qu'il s'agit d'un phénomène de vaccination, ou plutôt d'autovaccination. Ce qui raffermirait notre hypothèse, c'est l'observation d'une jeune femme atteinte de verrues multiples, et que nous avons guérie par la neige carbonique en *traitant une seule de ses verrues*.

Cette hypothèse d'autovaccination dermique par la cryothérapie est très intéressante à retenir, car elle explique le succès thérapeutique, non seulement dans le traitement des verrues, mais encore dans toutes les maladies entanées justiciables de cette méthode (comme le lupus érythémateux de la face). Elle nous montre le cryocautère, objet nouveau dans l'arsenal du praticien, aussi indispensable que le vulgaire thermo, autant agent d'exosérose que moyen thérapeutique de nombreuses maladies cutanées.

Tandis que la neige carbonique employée directement ne permettait pas la pression au con-

tact des tissus et cela pour deux raisons :

a) Crayon friable.

b) Etat de caléfaction produit par évaporation brusque à la surface des tissus.

Pas de contact parfait, de ce fait pas de congélation parfaite, ni de dosage de l'agent employé.

L'appareil ne présente aucun de ces inconvénients et nous recommandons son emploi si on veut bien appliquer cette méthode.

Le *modus fasciendi* est simple

Lorsqu'on applique le cryocautère du Docteur Lortat Jacob sur une verrue, grâce à la manière dont est construit cet appareil, et à l'intermédiaire de l'acétone dont on le charge copieusement, les tissus sont très vite congelés à 80° au dessous de 0 ; cette congélation se produit d'autant plus vite qu'on appuie de 1 à 3 kgr., grâce au ressort dont est muni cet appareil.

Après cette opération, on applique sur la verrue de l'emplâtre de Vidal, qui ramollit la corne dans les jours qui suivent.

Lorsque les tissus se décongèlent, il se forme un décollement de la verrue des plans sous-jacents, (phlyctène, exosérose) ; ce liquide a été analysé par Monsieur Betou, interne des hôpitaux, et, grâce à son obligeance, nous pouvons publier deux analyses semblables.

Observations

Enorme verrue végétante traitée par la neige carbonique.

(Observation de Ledo : Actas dermo-sifilio-graficas Avril-Mai 1914 page 236).

Un industriel âgé de 67 ans présente sur la région scapulaire une grosse verrue en forme de champignon, d'un diamètre de 5 cm., reposant sur la peau saine par un rebord de 1/2 cm. brun foncé, grasse, molle, mamelonnée, sillonnée, laissant au grattage une surface papillomateuse, qui donne du sang, très sensible.

Traitement par grattage superficiel suivi d'une application de 3 sec. de neige carbonique, guérison en onze séances. Belle cicatrice.

REMARQUES : 1) La durée de l'application de la neige carbonique est trop faible.

2) La neige carbonique est appliquée en nature, ce qui l'empêche de congeler les tissus à cause du phénomène de caléfaction qui se produit.

En raison de ces remarques le nombre des applications a été de 11, ce qui nous semble considérable.

Nous publions une autre observation semblable.

Verrue Palmaire

traitée par la CRYOTHÉRAPIE

Observation communiquée par M. le D^r Roberti (Observation de clientèle).

Madame D.... vient consulter pour une volumineuse verrue palmaire gauche.

Il existait depuis un an environ une petite verrue de la face dorsale de l'annulaire gauche. Depuis trois mois apparition de la verrue palmaire pour laquelle vient consulter la malade.

Verrue située dans la paume de la main gauche (interligne entre l'index et le médus, à trois centimètres environ au-dessous de la naissance des doigts.

Verrue volumineuse, du diamètre intermédiaire à une pièce de 0.50 centimes, à une pièce de 1 franc en argent ; légèrement saillante, mais profondément enchassée dans la main.

Cette verrue a été coupée par un pharmacien à l'aide d'un rasoir et fréquemment cautérisée au crayon de nitrate d'argent ensuite.

Depuis un mois aurait considérablement augmenté de volume.

- 16 Avril 1924. Première application du cryocautère du D^r Lortat - Jacob. Application en couronne et au centre de la verrue ; pointe ronde, fine, 35 secondes avec une pression de 1 kilogramme. Pour essayer de provoquer la formation d'une phlyctène au-dessous et tout autour de la verrue.

Application ensuite d'emplâtre rouge de Vidal, laissé en place jusqu'à l'application suivante.

- 22 Avril. Elévation très marquée de verrue ; macération des téguments tout autour.

Application du cryocautère dans les mêmes conditions que la première fois ; puis emplâtre rouge.

- 29 Avril. Même état. La partie superficielle de la verrue macérée s'enlève très facilement. On se trouve devant un cratère rempli de papillomes très serrés et très adhérents. On enlève la plus grande partie de ces végétations papillomateuses à la curette tranchante ; le fond est très douloureux et saigne très légèrement sous la curette. Dans la cavité application du cryocautère : 35 secondes , 1 kilo de pression.

- 5 Mai. Les végétations papillomateuses se sont reformées, le cratère est circonscrit par un bord non saillant, blanc mat, comme lardacé, très dur, de un millimètre d'épaisseur environ.

Il est impossible de trouver un plan de clivage, la douleur au curettage étant d'ailleurs assez marquée.

Application du cryocautère dans la cavité : 45 secondes avec une pression de 1 kilo 500. L'application est nettement plus douloureuse que les précédentes, mais est très supportable. Puis emplâtre de Vidal.

- 12 Mai. La verrue est très saillante ; très ramollie.

On arrive avec une curette tranchante à soulever le bord et on décolle ainsi toute la verrue ; il ne reste plus qu'une surface déprimée en godet, sorte de lit de la verrue, rose, se continuant en pente douce avec la peau saine.

Au milieu se voit un très petit bourgeon charnu comme une tête d'épingle ; on le brûle au galvanocautère.

Pansement sec pendant deux jours.

La malade peut être considérée comme guérie.

Revue 3 mois après, la malade ne présente aucune cicatrice.

Quelques courtes Observations

I. Mlle A. C....

Verrue de l'aile du nez.

Déjà traitée par l'électrolyse. Echec.

Le 18 Juin 1923, première application - Trois séances de traitement suivies de guérison.

II. Her.... 2 verrues aux mains.

2 » plus petites aux paupières.

Le 26 Juin 1924 on traite seulement les verrues des mains qui guérissent en trois séances. En même temps, chose remarquable, les petites verrues des paupières disparaissent. Nous estimons nous trouver devant un cas de vaccination.

III. Greg ... Verrue plantaire pied gauche.

Le 15 Juin 1924, première application. Guérison en 6 séances.

REMARQUE : Ainsi qu'on peut le voir pour cette observation et la suivante, la verrue plantaire est plus longue à guérir. Cela tient au fait qu'elle est plus profonde donc plus difficile à congeler. Nous tirons de ce fait l'enseignement suivant : mieux une verrue est congelée, plus vite elle guérira.

IV. Géo Verrues plantaires :

deux au pied droit.

trois au pied gauche.

12 Octobre 1924. Première application.

Guérison en 5 séances.

V. M. C. Verrues multiples de l'articulation phalangophalangine du pouce, verrues du poignet.

20 Juin 24, première séance. Pression 1 kg. 500.

28 Juin 24, guérison.

VI. M. Pasq..... Verrue du cuir chevelu.

A essayé de traitements multiples.

1^{er} Juillet 24, première application. Pression 1 kg. 500.

8 Juillet 24, guérison.

REMARQUE : Lorsque la pression et la durée sont relativement élevées la guérison est très rapide.

VII. M. Perr.... Verrue plantaire.

15 Avril, première application. Pression 1 kg. 500, 2 k.

Durée, 1 minute.

Guérison : 10 séances.

REMARQUE : La même que pour l'observation III.

VIII. Dam.... Verrues du dos et de la nuque.

8 Juin, première application, 20 secondes.

12 Juin, guérison.

IX. M^{me} K.... Verrue plantaire.

2 Juillet 1920 - 16 Août.

Guérison en 4 séances.

X. Rich..... Verrue au menton.

10 Mars, 1^{re} séance, 50 secondes.

Guérison : 2 séances.

XI. Dum.... Verrues multiples, visage et avant-bras.

Guérison : 3 séances.

XII. M^{lle} B.... Grosse verrue de la face dorsale de la main droite.

17 Avril, première application.

Guérison : 4 séances.

XIII. M^{me} Greb..... 2 verrues plantaires.

18 Janvier, première application. Pression 1 kgr.

Durée 30 minutes.

Guérison : 4 séances.

XIV. M^{me} Hech.... Verrue plantaire depuis 3 mois déjà traitée par pointes de feu chez un médecin spécialiste sans aucune amélioration.

30 Mai, première séance.

Guérison totale, 6 séances.

XV. M^{me} Pin.... Grosse verrue région malaire gauche.
31 Mai, séance de 20 secondes. Guérison.

XVI. Duf... Verrue kératosique de la tempe gauche.
3 Décembre, 1^{re} séance. Pression 1 kg. 500.
Durée 20 secondes.
9 Décembre, 2^e séance. idem.
Guérison.

XVII. Bal.... Verrue de la pulpe de l'index droit, proéminente sous l'ongle.
14 Avril, 1^{re} séance.
Guérison : 3 séances.

Deux examens d'un liquide de phlyctène sous verruqueuse

(Communiqués par M. BETOU, interne des hôpitaux)

I

Caill... Lucienne, 20 ans.

Verrue plane discrète de la main droite, durant depuis 3 ans.

Cryo, le 16 Mai. On obtient une bulle de 4 cm/2 cm.

Centrifugation sous citrate.

Léger coagulum, caillot très tenu.

Le liquide est jaune citrin ne coagulant pas spontanément.

Examen du culot.

Coloration Giemsa.

Polynucléaires neutrophiles non altérés....	5	}	41
» » altérés	32		
» » non altérés			
comme forme mais protoplasme rose clair et le noyau violet-rose.....	4		
Lymphocytes	55	}	59
Grandes mononucléaires	2		
Eosinophiles	2		
Peu de globules rouges.			

II

Perr... Suzanne, 6 ans.

Verrues multiples de la main droite depuis 1 an.

Cryo, le 16 Mai. Il se forme une petite phlyctène de 3 cm. de diamètre sur 1 cm. de hauteur.

Le liquide est jaune citrin ne coagulant pas spontanément.

Centrifugation sans citrate.

Léger coagulum très tenu.

Examen du culot.

Coloration Giemsa.

Polynucléaires neutrophiles	peu ou pas altérées	14	
de petit volume	altérées ou noyau		}
	en karyorexis	26	
			40

Lymphocytes		48	
Moyennes mononucléaires non altérées...		5	}
» » prenant mal la couleur		4	
			9
			57

Grands monos			2
--------------	--	--	---

Eosinophiles			1
--------------	--	--	---

Quelques globules rouges altérées, non colorés.

Bibliographie

- BROCQ : Précis Atlas.
DARIER : Traité de dermatologie.
POLLIGER : The seborrhœic wart.
SERRA : Giornale italiano de la malatie della pelle
1908, fasc. I, page 11.
CIUFFO : Idem 1907, fasc. I, page 12.
M. DE AMICI : Idem 1898, page 385.
JADASSON : Soc. Berlinoise de psychiatrie, Séance
11 Mars 1895.
DUBREUIL : Annales de dermatologie 1895.
ROUSSELOT : Toilette des pieds 1782.
BLUM : Chirurgie du pied 1888.
GORJU : Observations de maladies de peau de la
plante.
SAUNIER : Thèse de Paris 1880.
CARNEAU : Thèse de Paris 1886.
HELIAU : Thèse de Paris 1896.
SCHAL : Zur Ätiologie der Hautwarzen.
M. le Pr JEANSELME : La Cryothérapie en dermato-
logie 1924.

